

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

29

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 28 octobre 1898, à 1 heure

PAR

PRAT-DUMAS

né à Couze-St-Front (Dordogne) le 7 décembre 1870

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

TUBERCULOSE DES VÉSICULES SÉMINALES

ESSAI DE TRAITEMENT OPÉRATOIRE

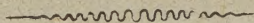
(SPERMATOCYSTEOTOMIE)



Président : M. TILLAUX.

Juges : MM. $\left\{ \begin{array}{l} \text{DELBET, professeur.} \\ \text{WALTHER, MAUCLAIRE, agrégés.} \end{array} \right.$

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.



PARIS

Imprimerie **P. DELMAR**, 29, rue des Boulangers.

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 28 octobre 1898, à 1 heure

PAR

PRAT-DUMAS

né à Couze-St-Front (Dordogne) le 7 décembre 1870

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

TUBERCULOSE DES VÉSICULES SÉMINALES

ESSAI DE TRAITEMENT OPÉATOIRE

(SPERMATOCYSTEOTOMIE)



ACAD.

UNIVERSITÉ

BIBL.

Président : M. TILLAUX.

Juges : MM.

DELLET, professeur.

WALTHER, MAUCLAIRE, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

PARIS

Imprimerie **P. DELMAR**, 29, rue des Boulangers.

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHEL.
Physique médicale.	GARIEL.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.	TERRIER.
Thérapeutique.	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	LABOULBENE.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.	DIEULAFOY.
	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
Maladie des enfants.	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND.
Clinique chirurgicale.	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
	BERGER.
Clinique des malad. des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchement.	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM. ACHARD	MM. GILBERT	MM. MAUCLAIRE	MM. SÉBILEAU
ALBARRAN	GILLE DE LA	MENETRIER	TEISSIER
ANDRÉ	TOURETTE	NELATON	THIERY
BAR	GLEYS	MÉRY	THOINOT
BONNAIRE	HARTMANN	NETTER	TUFFIER
BROCA	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER.
CHARRIN.	LEGUEU	des travaux	VAGUEZ
CHASSEVANT	LEJARS	anatomiques	WALTHER
DELBET.	LETULLE	RETTERER	WEISS
FAURE.	MARFAN	RÉMY	WIDAL
GAUCHER.	MARIE	RICARD	WURTZ
		ROGER	

Secrétaire de la Faculté : M. le Docteur Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

FAIBLE TÉMOIGNAGE DE MA RECONNAISSANCE

A MA BELLE-SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR POZZI

Agrégé de la Faculté de Paris,
Chirurgien de l'Hôpital Broca,
Sénateur de la Dordogne,
Officier de la Légion d'honneur

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Professeur de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine
de Paris,
Chirurgien de l'Hôpital La Charité,
Commandeur de la Légion d'honneur

AVANT-PROPOS

Nous avons eu la bonne fortune, pendant les quelques mois que nous avons passés à l'hôpital Ricord, de voir opérer un cas de tuberculose des vésicules séminales, dans le service de M. le Dr Humbert. Cette observation a été le point de départ de notre thèse.

Les recherches que nous avons faites sur ce sujet nous ont permis d'exposer une étude d'ensemble aussi complète que possible, sur la tuberculose des vésicules séminales, et nous n'avons négligé aucun chapitre. Mais ce que nous nous sommes proposé principalement, c'est de rechercher les différentes méthodes opératoires qui permettent d'aborder les vésicules séminales et les extirper. C'est qu'en effet, la tuberculose si fréquente à l'épididyme est, par sa situation superficielle, facile à traiter, sinon à guérir ; mais elle échappe d'avantage à notre action thérapeutique quand elle siège sur l'extrémité terminale du canal déférent et sur la vésicale.

Aussi, les opérations sont-elles rares, et par contre les différentes méthodes sont nombreuses.

Il nous semble néanmoins que la voie périnéale

est encore celle qui mène le plus directement sur les lésions et qui ouvre le champ opératoire le plus large.

Roux, Guelliot, l'ont successivement suivie. Tout récemment MM. Baudet et Kendirdjy l'ont appliquée avec succès et l'ont ainsi régularisée. C'est à ce procédé, emprunté du reste à la méthode de M. Quenu pour l'extirpation du rectum cancéreux par la voie périnéale, que nous donnons la préférence.

Mais avant de commencer notre travail, c'est pour nous un devoir de cœur de témoigner notre profonde reconnaissance aux maîtres qui nous ont aidé et soutenu de leurs conseils éclairés et bienveillants.

Que Monsieur le Professeur Badal et Monsieur le Docteur Dubourg, chirurgiens des hôpitaux de Bordeaux, chez lesquels nous avons été externe, reçoivent ici l'hommage de notre respectueuse reconnaissance.

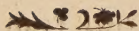
Nous adressons nos plus vifs remerciements à Monsieur le Docteur Hirtz, médecin des hôpitaux de Paris, pour les bons et bienveillants conseils qu'il ne nous a pas ménagés ; et nous gardons un souvenir ému à la mémoire de M. le Professeur Strauss, ce maître distingué dont nous avons pu apprécier la science et le dévouement.

Nous tenons à exprimer particulièrement à Monsieur le Docteur Pozzi toute notre gratitude

et notre reconnaissance pour l'aide et les conseils qu'il nous a prodigués.

Nous ne saurions oublier Messieurs Baudet et Kindirdjy, internes à l'hôpital Ricord, à qui nous sommes redevables du sujet de notre thèse, et d'une observation particulièrement intéressante; nous remercions également M. le Professeur agrégé Humbert, qui nous a ouvert son service et nous a permis de suivre le malade que nous avons vu opérer.

Que Monsieur le Professeur Tillaux, qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, veuille bien agréer l'expression de notre profonde gratitude.



ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions tuberculeuses des vésicules séminales tiennent de très près à celles du canal déférent et de la prostate. Aussi dirons-nous un mot de la tuberculose, de ces divers organes.

Canal déférent. — L'aspect moniliforme est la caractéristique de la tuberculose du canal déférent. Ce sont des dépôts circonscrits, des bourrelets circulaires séparés par des parties étroites ou plutôt ayant conservé leur calibre normal. On dirait un chapelet.

Ces lésions sont plus ou moins marquées ; tantôt les bosselures sont énormes, tantôt elles sont à peine dessinées, sans que cependant le canal déférent soit jamais cylindrique, de calibre égal, comme dans certaines funiculites, notamment celles qui compliquent parfois les orchididymites blennorrhagiques.

Dans l'immense majorité des cas le canal déférent n'est pas atteint dans toute sa longueur : les lésions prédominent dans ses portions initiale et terminale. Les nodosités remontent gé-

néralement à 5 ou 6 centimètres de l'épididyme, atteignant rarement l'orifice inguinal externe. Elles reparaissent vers sa terminaison et là, elles peuvent être telles, que le volume du conduit devient supérieur à celui de la vésicule correspondante, elle-même atteinte.

Les cas de dégénérescence totale du canal déférent sont exceptionnels. Aussi la palpation de la fosse iliaque est-elle presque toujours négative.

A la section, on voit sourdre une matière crémeuse, ne renfermant pas de spermatozoïdes et ne contenant que quelquefois des bacilles de Koch.

Le fait de l'inégale distribution des lésions différentielles a été invoqué pour répondre à la théorie de la propagation des lésions tuberculeuses de la prostate vers le testicule ou en sens inverse. Les auteurs qui défendaient cette théorie il y a vingt ou vingt-cinq ans affirmaient ou sous-entendaient la continuité des lésions qui gagneraient de proche en proche jusqu'à complet envahissement. En réalité la coexistence des lésions tuberculeuses dans ces organes est souvent simultanée, et l'on rencontre souvent dans le testicule et la prostate des granulations ou des foyers caséeux du même âge.

Généralement la peau reste intacte au niveau des lésions différentielles. On a signalé cepen-

dant de très rares cas d'adhérence à la peau suivie de fistules.

Prostate et vésicules séminales. — Dans l'immense majorité des cas la tuberculose de ces organes est liée à celle du testicule. Il existe pourtant des observations de tuberculose prostatique à l'exclusion de celle des autres organes. La thèse d'agrégation de Béraud, la thèse inaugurale de Delfau, portent sur ce sujet. Thompson y consacre une courte clinique. Ces cas étaient considérés comme des raretés lorsque Guelliot, dans sa thèse, reprenant la question, donna une série de 59 tuberculoses des vésicules dans laquelle 49 fois les poumons étaient frappés, 39 fois la prostate, 31 fois le testicule et l'épididyme et 27 fois la vessie et l'urèthre. Il en résulte donc que dans plus d'un tiers des cas, les vésicules et même la prostate peuvent être prises sans envahissement de la glande spermatique.

Dans la prostate et les vésicules séminales les lésions sont généralement bilatérales: l'unilatéralité est aussi beaucoup plus rare qu'au testicule. Ce point ne saurait être tranché que par les relations d'autopsie, car le toucher rectal, seul moyen d'exploration chez le vivant, ne permet guère d'affirmer qu'un tel lobe de la prostate ou qu'une telle vésicule soit indemne.

La prostate tuberculeuse est augmentée de volume, le toucher rectal est là pour le prouver.

Lorsque la glande a été détruite par l'évacuation des foyers caséeux qu'elle contenait, ce n'est plus qu'une coque vide enserrée progressivement par du tissu conjonctif de néo-formation. Il ne reste alors que quelques noyaux crétifiés, et la prostate présente dans ce cas un volume inférieur à son volume normal.

Vidal de Cassis avait prétendu que les premiers dépôts tuberculeux se faisaient à la base de la glande et plus souvent du côté de l'urèthre. La face rectale ne serait atteinte que plus tard. Mais Thompson n'est pas de cet avis, et pour lui « les dépôts tuberculeux semblent affecter de préférence l'extérieur plutôt que les parties centrales de la prostate et se rencontrent surtout dans les lobes latéraux. »

Les vésicules séminales sont épaissies, indurées et dessinent leurs replis. On ne peut s'en rendre compte que lorsqu'on a décortiqué la couche compacte de tissu fibreux qui les enserre ainsi que la prostate. En effet le tissu cellulaire qui normalement entoure ces organes est extrêmement épaissi, formant souvent une couche de près de un demi-centimètre, unissant les organes aux parties voisines, et surtout au bas-fond de la vessie (Monod et Terrillon).

Verneuil compare les vésicules à des circonvolutions cérébrales. Leur consistance rappelle « l'injection au suif » suivant le mot de A. Ri-

chet. Guelliot cite un cas où la vésicule, parsemée de nodules tuberculeux, contenait un liquide grisâtre avec des cellules épithéliales, quelques globules sanguins, et de rares spermatozoïdes.

La vésicule n'est pas toujours dure, inégale, bosselée; cette période de dureté fait bientôt place au ramollissement, et dans la plupart de ses observations le même auteur a constaté « une masse volumineuse faisant saillir la paroi rectale, lisse et généralement peu consistante. Elle donne au doigt qui l'explore la sensation de certains kystes sébacés, de poche injectée au suif, au mastic; elle peut même devenir fluctuante. » « Sur plus de 50 cas, dit-il, que nous avons sous les yeux, c'est à peine si 7 ou 8 montrèrent des bosselures ». Cette remarque est très juste et M. Reclus y souscrit pleinement dans son article du *Traité de Chirurgie*.

Tantôt ces lésions persistent telles quelles, tantôt les vésicules se ramollissent et se vident, soit dans le rectum, soit dans le clavier prostatique, soit dans la vessie. L'évacuation se fait quelquefois par une fistule périnéale.

Par contre, il y a des cas de guérison par transformation fibreuse. Guelliot a trouvé une fois des vésicules « petites, atrophiées, aplaties, formant un noyau fibreux à peine distinct du tissu cellulaire épaissi qui les entoure; il n'y a plus trace de leur cavité ». Dans un second cas

la vésicule très dure « apparaissait comme un bloc fibreux ». Dans un troisième, la vésicule a subi une transformation fibreuse; sa cavité n'existe plus... Broca avait constaté plus d'une fois cette induration scléreuse.

Etude microscopique. — Nous ne cherchons même pas ici à esquisser l'étude microscopique des lésions tuberculeuses de la prostate et des vésicules séminales. Elles sont les mêmes que partout ailleurs. Aussi renvoyons-nous pour cela aux Traités classiques.



ÉTIOLOGIE. — PATHOGÉNIE

Ce chapitre est intimement lié au chapitre correspondant de la tuberculose du testicule.

Age. — La tuberculose des organes génitaux est rare avant la puberté. Mais elle est loin d'être exceptionnelle. Giraldès en a constaté un cas chez un fœtus à terme. De Saint-Germain en observait cinq ou six par an; le professeur Hutinel en a observé 9 en quinze mois; Julien, 17 en trois ans. Le mémoire de M. Hutinel qui tend à prouver que le bacille envahit le testicule à peu près aussi souvent dans l'enfance que dans l'adolescence et l'âge mur, ne parle pas des vésicules, et ses autopsies sont muettes sur ce point.

Chez les vieillards, la tuberculose des organes génitaux est rare, moins cependant que chez les enfants. 72 ans est la dernière limite d'âge à laquelle on l'a observée.

Guelliot donne un tableau de 45 cas de vésiculites bacillaires dont :

2 seulement au-dessous de 10 ans.

1 de 10 à 20 ans.

- 11 de 20 à 30 ans .
- 12 de 30 à 40 —
- 7 de 40 à 50 —
- 12 au-dessus de 50 ans.

Fréquence. — La tuberculose de la prostate et des vésicules séminales, à l'exclusion de celle du testicule, est, avons-nous dit, l'exception.

Cependant les conclusions de Guelliot diffèrent sensiblement de celles des classiques, puisque selon lui, dans plus d'un tiers des cas, la tuberculose des vésicules ne s'accompagne pas de celle de la glande spermatique.

La thèse de M. Reclus contient un tableau de 12 cas de tubercule du testicule. Deux fois seulement, la prostate et les vésicules étaient saines ; dix fois, elles étaient prises. Si nous tenons compte de ce fait qu'il ne s'agit dans ce tableau que de relevés cliniques, de données fournies par le toucher rectal, nous pourrions être amenés à dire qu'au point de vue anatomique, cette proportion de 10 sur 12 est encore trop faible, et que dans les 2 cas où l'appareil prostatovésiculaire paraissait indemne à l'exploration, les organes dont il s'agit contenaient dans leur épaisseur des lésions tuberculeuses que rien ne trahissait à l'extérieur et qui devaient nécessairement échapper au doigt le plus habile. Autrement dit, nous dirions que dans la tuberculose orchio-épididymaire, dans l'immense majorité des cas, la prostate et

les vésicules ou l'une d'elles au moins sont prises.

Ces conclusions sont, nous devons l'avouer, par trop absolues. A l'heure qu'il est, la majorité des auteurs est d'accord pour reconnaître la grande fréquence de la tuberculose prostatovésiculaire dans celle de l'épididyme, fréquence qui pourrait se traduire par la proportion de 2 sur 3. En d'autres termes, dans un tiers au plus des cas, le toucher rectal resterait négatif.

Pathogénie. — La cause primordiale est naturellement le bacille de Koch; mais celui-ci peut suivre, pour atteindre les organes génitaux, plusieurs voies et c'est ce point qui a été et est encore l'objet de nombreuses controverses.

Chez les enfants, la persistance du canal péritonéo-vaginal peut permettre au bacille de Koch de descendre du péritoine et d'aller infecter la vaginale d'abord, puis l'albuginée et la glande.

Chez l'adulte, il existe d'une part les deux voies sanguine et lymphatique. Le développement des granulations autour des canalicules séminifères (Malassez), ou dans les lacunes lymphatiques, dans le tissu intertubulaire ou bien encore le long des vaisseaux, ne peut s'expliquer en dehors de ces deux voies. Ce mode de pénétration est donc indiscutable.

Mais, d'autre part, une autre voie est admise qui est également fondée sur des faits précis. La

granulation peut naître de l'épithélium des canalicules séminifères. Cayla défend cette manière de voir, s'appuyant sur les recherches de Durand-Fardel; il montre le bacille abordant le rein par le bouquet vasculaire du glomérule de Malpighi; de là les germes suivent le cours de l'urine et vont d'inoculer dans les points où le liquide stagne : calice, bassinet, uretères, vessie, surtout le bas-fond, et urèthre prostatique, toutes parties situées derrière le muscle de Wilson, véritable sphincter du réservoir. De la prostate, les bacilles pénètrent dans les vésicules séminales, les canaux déférents, l'épididyme et le testicule.

Si l'on admet cette manière de voir, une lésion tuberculeuse de la glande séminale nécessiterait des lésions identiques des organes situés au-dessus, surtout de la vessie. Or, il existe de nombreuses observations où la vessie était intacte. D'autre part, M. Reclus dit que si vraiment la cystite et la néphrite tuberculeuses coexistaient nécessairement, on ne comprendrait pas la bénignité relative de la tuberculose épididymaire. Aussi répugne-t-il à accepter les conclusions de Cayla, n'osant répéter avec lui : « l'Infection bacillaire suit le cours de l'urine et remonte celui du sperme ».

Pour M. Lancereaux, la tuberculose des organes génitaux serait toujours ascendante et dé-

buterait par la prostate et les vésicules séminales pour atteindre ensuite le canal déférent et l'épididyme. Elle se conduirait comme la blennorrhagie et envahirait les organes dans le même sens. Il nie donc la tuberculose primitive du testicule.

Cette opinion est peut-être vraie dans la grande majorité des cas, disent MM. Monod et Terrillon.

Il en est cependant dans lesquels il serait difficile d'affirmer que l'épididyme n'a pas été atteint le premier, la prostate et les vésicules séminales semblant intactes et restant pendant plusieurs années à l'abri de toute manifestation, malgré l'évolution des lésions testiculaires.

Enfin Verneuil, Conheim, Verchère, Ch. Fernet admettent une autre porte d'entrée. Pendant le coït avec une femme tuberculeuse, les bacilles se glissent dans les voies génitales de l'homme et de là iraient jusqu'à l'épididyme. « La tuberculose génitale primitive, dit Verneuil (in thèse Verchère, 1884), indépendante de la scrofule, naît peut-être simplement à la suite du coït par contagion directe, c'est-à-dire par progression du microbe tuberculeux à travers les voies génitales inférieures, jusqu'au point de l'appareil où il trouve les conditions locales favorables à son installation et à son développement ».

Cette pathogénie est inadmissible pour les enfants. Pour les adultes, on comprendrait difficilement qu'un germe immobile, comme le ba-

cille de Koch, puisse effectuer cette longue migration sans être chassé par le premier flot d'urine. M. Reclus conclut en disant : « Pour nous, les portes d'entrée de la tuberculose dans l'appareil séminal sont la vaginale et l'albuginée par le canal péritonéo-vaginal, puis les vaisseaux sanguins qui roulent les spores et peuvent, par rupture du réseau ou par diapédèse, provoquer une auto-inoculation ; peut-être faut-il ajouter l'infection descendante du rein à la vessie, à la prostate, aux vésicules et au canal déférent ; mais la migration ascendante qui, des organes sexuels de la femme, atteindrait le gland, la muqueuse uréthrale, les vésicules, le canal déférent et l'épididyme, celle-là nous semble invraisemblable ».

Au moment de la confection de cette thèse, nous avons eu connaissance d'un travail publié par M. le Dr Niclot, médecin-major de deuxième classe.

Voici en deux mots l'expérience : Par la laparatomie, il met à nu les deux canaux déférents d'un jeune lapin de six mois ; puis il soulève celui du côté droit, le lie à son extrémité vésicale, et fait au-dessous de la ligature une fente linéaire par laquelle il introduit la largeur d'une tête d'épingle de culture de tuberculose sur pomme de terre, écaille sèche, détachée directement et sans aucune adjonction de liquide, ni d'émulsion

préparatoire (détail important). Cette culture étant poussée à un millimètre dans l'intérieur du canal, le canal est suturé en arrière de la masse bacillaire.

L'animal est sacrifié au bout de deux mois : Au point d'inoculation s'est développé un gros tubercule mamelonné, puis, jusqu'à l'épididyme, fait suite un long cylindre caséeux épais comme un fêtu de paille, plus ou moins régulier : l'épididyme est bosselé et quadruplé de volume ; le testicule droit paraît aussi augmenté dans ses dimensions.

Tous les autres organes étaient sains, l'appareil génital à gauche absolument intact. La partie supérieure des canaux déférents, les vésicules séminales et la prostate, examinées minutieusement, étaient également intactes.

Les vaisseaux, même du côté malade, ne présentaient guère d'altérations.

Nous reproduisons ici textuellement les conclusions de M. Niclot :

« Il s'agit donc de la production expérimentale d'une épididymite tuberculeuse par ascension spontanée à travers le long trajet du canal déférent sans qu'aucune injection d'un véhicule liquide, comme on l'a pratiqué jusqu'ici pour le foie et le rein, ait évité aux bacilles les étapes intermédiaires ».



SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

Nous étudierons successivement l'orchite tuberculeuse et le tubercule du testicule.

L'Orchite tuberculeuse. — Ce terme est dû à Hippolyte Larrey pour qui il désignait toutes les manifestations de la tuberculose testiculaire.

En 1855, parut la thèse de Fossard sur l'orchite tuberculeuse. L'auteur y insistait sur les formes douloureuses et à marche inflammatoire, et c'est pour marquer ce caractère d'acuité qu'il emprunta à Larrey cette dénomination.

Cependant l'orchite tuberculeuse telle qu'on la comprend de nos jours ne se confond pas absolument avec celle de Fossard qui a décrit surtout des cas subaigus n'ayant pas un début nettement inflammatoire et semblable à celui de l'orchite franche blennorrhagique.

C'est le professeur S. Duplay qui, en 1860, sous le nom de tuberculisation galopante du testicule, publia les deux premiers cas bien étudiés de tuberculose aiguë du testicule, en d'autres termes d'orchite tuberculeuse. Sa description magistrale reste intacte, confirmée par les

recherches de tous les auteurs qui depuis ont étudié de façon spéciale la tuberculose génitale.

Quel est l'état de la prostate et des vésicules séminales dans l'orchite tuberculeuse ?

La thèse doctorale de M. Reclus, à laquelle nous sommes obligés de nous rapporter à chaque instant, contient un tableau résumant dix observations d'orchite tuberculeuse, dont sept personnelles, deux empruntées au mémoire de M. Duplay et une à MM. Dolbeau et Peyrot.

Dans ce tableau nous voyons que sept fois le cordon, la prostate et les vésicules séminales sont pris, et deux fois ils paraissent indemnes. Dans un cas seulement le doute existait sur l'atteinte possible de la prostate.

De ce tableau il est permis de conclure que dans l'orchite tuberculeuse, c'est-à-dire la forme aiguë de la tuberculose testiculaire, la prostate, les vésicules séminales et le canal déférent sont généralement pris, dans la proportion de 7 sur 10.

Ce point est très important pour le diagnostic. En effet l'orchite tuberculeuse n'est pas toujours facile à reconnaître. Lorsqu'elle survient sans cause apparente chez un sujet lymphatique dont l'état général laisse à désirer, on est en droit d'y songer, tout en faisant des réserves, car une orchite blennorrhagique peut parfaitement se développer chez un phthisique avéré.

Survient-elle, au contraire, chez un individu

sain. d'apparence vigoureuse, l'embarras est plus grand. A plus forte raison si l'individu est porteur d'un écoulement blennorrhagique, auquel cas on ne peut raisonnablement pas hésiter à faire le diagnostic d'orchite blennorrhagique, quitte à ce que l'évolution vienne en démontrer l'inexactitude.

C'est dans ces cas douteux que l'exploration rectale peut être d'un très grand secours, car, nous venons de le dire, sept fois sur dix elle montre l'existence de lésions prostatovésiculaires, plus ou moins accusées,

Il ne faut pas croire pour cela que cet appareil soit indemne dans l'orchite blennorrhagique. Au contraire la règle est ici que la vésicule correspondant, au testicule malade est congestionnée et partant augmentée de volume. Le tissu cellulaire qui l'entoure s'épaissit et s'indure, voilant les circonvolutions de sa surface. Ce même tissu cellulaire peut suppurer, mais le cas est infiniment rare. La vésicule contient une bouillie jaunâtre composée de leucocytes et de cellules épithéliales; au début on y décèle encore quelques spermatozoïdes.

Cette même bouillie obstrue le canal déférent, dont les deux extrémités sont surtout atteintes. En ce qui concerne sa portion initiale, tantôt le conduit excréteur est seul engorgé : c'est alors de la déférentite simple; tantôt le tissu cellulaire

qui l'entoure et dans lequel baignent les divers éléments du cordon participe à l'inflammation : c'est alors de la funiculite. On sent dans ces cas, au-dessus de l'épididyme, un cordon dur, douloureux et plus ou moins gros ; mais, point capital, le calibre en est régulier : on n'y sent jamais ces nodosités, ces grains de chapelet qui sont pour ainsi dire la signature anatomique de la déférentite tuberculeuse. De plus, tandis que celle-ci s'arrête presque toujours à l'orifice inguinal externe, la déférentite ou la funiculite blennorrhagique franchissent très souvent cette limite et la palpation permet, dans un grand nombre de cas, de suivre le cordon non seulement le long du trajet inguinal, mais aussi dans la fosse iliaque.

Quoi qu'il en soit de ces lésions prostatovésiculodéférentielles de l'orchite blennorrhagique, leur valeur au point de vue du diagnostic est minime et, dans presque tous les cas, on n'en tient nullement compte lorsqu'on formule le diagnostic d'orchi-épididymite blennorrhagique.

D'ailleurs l'évolution ne tarde pas à venir éclaircir la situation. Dans l'orchite blennorrhagique, le canal déférent diminue progressivement et recouvre bientôt son volume et sa souplesse ordinaire. Dans l'orchite tuberculeuse, au contraire, les lésions s'accroissent. La résolution se fait attendre. Le canal déférent reste bosselé et moniliforme. L'épididyme reste douloureux,

il perd sa régularité, se recouvre de bosselures, bientôt un point se ramollit, une collection se forme qui s'ouvre à l'extérieur, à moins que le chirurgien n'intervienne.

L'ouverture de l'abcès se cicatrise quelquefois, mais généralement il persiste une fistule. L'orchite tuberculeuse est ainsi entrée dans une deuxième phase, elle fait place à la tuberculose chronique, au tubercule du testicule qu'il nous reste maintenant à étudier.

II. *Tubercule du testicule.* — Ce terme sert à désigner la tuberculose chronique du testicule. D'après ce que nous venons de voir cette forme peut s'installer d'emblée ou bien constituer la 2^e phase de l'orchite tuberculeuse.

La tuberculose génitale peut quelquefois ne pas débiter au niveau du testicule. On en trouve alors les signes au niveau de la prostate et des vésicules séminales, ou bien de la vessie et des reins. Il est des cas où la tuberculose se cantonne longtemps dans l'un quelconque de ces organes avant d'attaquer le testicule. Godard cite un cas dans lequel la tuberculose de la prostate précéda de six ans celle du testicule. Rappelons ici la statistique de Guelliot qui dans 59 cas de tuberculose des vésicules, n'a trouvé que 36 fois des lésions de la prostate et 31 fois des lésions épидидymo-testiculaires.

Dans cette catégorie de cas, le mode de début est modifié. Il existe alors une période prodromique importante au point de vue du diagnostic et caractérisée surtout par des écoulements et des hématuries. Ricord, Dolbeau, Mongin, Guyon, Barnier, Verdrine, etc., ont insisté sur ce point.

Les écoulements consistent en blennorrhées rebelles, accompagnées d'un peu de ténésme vésical et de douleur vive au cathétérisme. Ce dernier signe permit un jour à Dolbeau de prédire l'envahissement prochain du testicule.

Des discussions nombreuses se sont élevées relativement à la cause de ces écoulements. Certains chirurgiens ont prétendu que c'était là une cause de tuberculisation génitale. D'autres ont émis la proposition inverse, considérant les écoulements non comme la cause, mais comme l'effet de cette tuberculisation, laquelle siège dans la muqueuse uréthrale : telles les bronchites suspectes qui précèdent l'éclosion des lésions tuberculeuses dans le poumon. D'autres chirurgiens, enfin, tout en considérant eux aussi ces écoulements comme symptomatiques, les adaptent à une altération bien déterminée : le développement de la granulation grise dans la région prostatique de l'urèthre. Cette théorie émise jadis par Dolbeau, a été confirmée par les ré-

cherches du professeur Guyon qui a rapporté l'observation d'un individu sur l'urèthre duquel on constata des granulations dans la région prostatique.

A côté de ces écoulements il faut citer d'autres signes prodromiques et surtout l'éréthisme génital : les érections sont fréquentes et suivies de rapides éjaculations ; les pollutions nocturnes sont nombreuses et il existe quelquefois une véritable spermatorrhée. Cette exagération fonctionnelle s'explique peut-être par l'excitation permanente que provoque dans les organes génitaux (prostate et vésicules séminales) la présence de granulations grises.

L'hématurie est plus rare : elle provient de la vessie, des uretères et surtout des reins ; son étude sort du cadre de notre sujet.

Quel que soit le mode de début du tubercule du testicule, celui-ci revêt un tableau clinique qui à quelques différences près est le même dans tous les cas. L'affection est généralement unilatérale au début ; la peau est saine, la vaginale est quelquefois distendue par du liquide. Rarement il s'agit d'une hydrocèle totale ; plus souvent la cavité séreuse est cloisonnée par de nombreuses adhérences.

Le siège de prédilection des lésions est l'épididyme. Ricord a édicté une loi célèbre qui pèche par son absolutisme : « Lorsqu'il y a des tuber-

cules dans quelque partie des voies génitales, il y en a dans l'épididyme ». Elle est cependant vraie dans l'immense majorité des cas.

C'est la tête ou globus major qui présente généralement le maximum de lésions. Ensuite vient la queue, globule mince. La partie moyenne reste longtemps indemne, mais se prend plus tard à son tour.

Quant à la glande elle-même, elle est tantôt indemne, tantôt et plus souvent atteinte par la tuberculose. La tuberculose du testicule coïncide presque toujours avec celle de l'épididyme : elle est même consécutive à cette dernière ; mais ce fait n'est pas absolu et l'on a signalé des cas de tuberculose testiculaire sans lésions de l'épididyme. Ces cas sont excessivement rares et nous ne pouvons ici nous empêcher de répéter la phrase par laquelle Bégin et Larrey, répondaient en 1852 à Ricord : « Nous avons rencontré souvent le tubercule du testicule et rarement celui de l'épididyme ». L'inexactitude flagrante de cette proposition justifie l'absolutisme de celle de Ricord.

A un moment donné la peau se prend, l'adhérence est surtout marquée en bas, au point correspondant à la queue de l'épididyme. La peau ne tarde pas à rougir, un abcès se forme qui finit par s'ouvrir à moins que le chirurgien ne l'incise. Il est assez rare que l'abcès se tarisse

spontanément ; dans ce cas on trouve sur le scrotum une cicatrice déprimée en cul-de-poule et qui se continue avec un cordon dur lequel aboutit à l'épididyme et représente le trajet oblitéré de l'ancienne fistule. Plus souvent la fistule persiste et cette suppuration continuelle fait le désespoir des malades.

La fistule siège en arrière, vers la partie supérieure ou inférieure du scrotum, en rapport avec l'une ou l'autre des extrémités de l'épididyme. En cas d'inversion, le siège est antérieur : c'est là un grand caractère différentiel des fistules tuberculeuses, contrairement aux fistules syphilitiques qui ayant pour point de départ le testicule lui-même, siègent en avant.

D'autres abcès peuvent se déclarer à leur tour en plus ou moins grand nombre ; la glande forme alors avec le scrotum un tout uniforme criblé de fistules et semblable à une éponge qui suppure par tous ses pores, forçant les malades à exiger du chirurgien une intervention énergique qui les délivre de ce cauchemar.

L'exploration du testicule et de l'épididyme doit être suivie de celle du canal déférent. La simple palpation permet d'isoler celui-ci des autres éléments du cordon. On a alors sous la main un cordon rigide, irrégulier, formé de parties alternativement renflées et rétrécies, moniliforme en un mot et donnant une sensation ca-

ractéristique que l'on ne retrouve nulle part ailleurs. Les lésions tuberculeuses, s'arrêtent, avons-nous dit plus haut, généralement à l'anneau inguinal externe; aussi la palpation de la fosse iliaque est-elle presque toujours négative. Dans les cas contraires, on a à ce niveau les mêmes sensations qu'au niveau du cordon.

L'exploration de la prostate et des vésicules séminales est absolument de règle pour asseoir le diagnostic. Il est des cas où celui-ci saute aux yeux, tel le cas de fistules; la constatation des lésions prostatovésiculaires ne fait alors que confirmer le chirurgien dans ses idées; elle fait plus en réalité, car pour une part elle entre dans la discussion de la conduite à tenir. Mais par contre, il est tel cas où le diagnostic est hésitant, où les données de la palpation se prêtent à la discussion; c'est alors que les lésions prostatovésiculaires acquièrent une importance de premier ordre et apportent un appoint considérable au diagnostic.

Comment se fait cette exploration? Par le toucher rectal, pratiqué selon les principes. Le doigt bien enduit de vaseline est introduit doucement dans l'anus. On commande au malade de pousser comme pour aller à la selle et on avance dans le rectum, la pulpe de l'index en avant.

A l'état normal, la prostate est élastique et fuit devant l'exploration; elle se confond avec les

parties voisines et il est difficile de lui reconnaître des limites. Quant aux vésicules séminales et aux canaux déférents il est presque impossible de les sentir.

Donc, chez un adulte, une prostate qui se sent et se délimite est une prostate malade, à plus forte raison les vésicules.

Que donne le toucher rectal, en cas de tuberculose en ce qui concerne la prostate? Rien quelquefois : le cas est rare. En tous cas, d'une exploration négative on ne peut pas déduire l'intégrité anatomique de la glande. D'une part, en effet, les lésions peuvent être petites, réduites à de simples granulations, enfouies dans son épaisseur et ne se révélant par rien au dehors; elles peuvent même être microscopiques. D'autre part, Vidal de Cassis a montré dans de nombreuses observations que la tuberculisation de la prostate commence souvent du côté de la face urétrale; celle-ci peut être profondément altérée par des tubercules ramollis tandis que la face rectale paraît encore indemne au toucher : pour cet auteur, dans les cas de ce genre, la tuberculisation ne se trahira pour quelque temps que par une cystite du col. Plus tard la face rectale est envahie à son tour et cet envahissement peut être rapide, d'où le conseil donné par Gosselin de renouveler fréquemment le toucher,

Généralement, dès la première exploration on

constate des lésions prostatiques : la glande est augmentée de volume. Tantôt l'hypertrophie est totale, tantôt un seul lobe est hypertrophié et c'est alors presque toujours le lobe qui correspond au testicule malade. Lorsque les deux testicules sont pris, l'hypertrophie la plus grande porte sur le lobe correspondant à la glande spermatique la plus malade.

Cette augmentation de volume a été contestée par certains auteurs, entre autres par Béraud et Dolfau, mais à tort. Cruveilhier dit, il est vrai, que la prostate est parfois de volume normal, parfois même diminuée de volume ; il s'agit alors d'une phase ultime : des foyers caséeux se sont ouverts, suivis d'une formation de tissu fibreux amenant la rétraction cicatricielle de l'organe.

La consistance n'est plus la même, la glande qui était élastique, semble « injectée au suif », suivant la comparaison de Richet.

Sa surface n'est plus régulière, elle est hérissée de bosselures dont le caractère diagnostique est important.

La pression au niveau de la glande n'est pas douloureuse, ou, si elle l'est, elle l'est fort peu. Tel n'est cependant pas le cas lorsqu'il survient des poussées inflammatoires : la glande se tuméfie, un abcès se forme qui proémine dans l'ampoule rectale, constituant là une tumeur lisse,

fluctuante qui gêne le passage des matières fécales. Cet abcès finit par s'ouvrir et l'ouverture est immédiatement suivie de la disparition de la tumeur. L'évacuation se fait par l'anus ou le méat.

En cas d'ouverture dans le rectum, après adhérence avec les parois de ce conduit la fistule peut ne pas s'oblitérer; elle forme alors un canal dérivatif au cours de l'urine. La tuberculose devient ainsi une des causes des fistules uréthro-rectales.

Plus haut le doigt sent une sorte de V dû à la divergence des deux vésicules séminales. Celles-ci sont dures, leur extrémité inférieure se confond avec la prostate dans laquelle elle s'enfonce. Elles sont bosselées, présentant à leur surface des saillies et des dépressions. On croirait palper un épididyme malade. La pression à leur niveau est un peu douloureuse.

Les lésions vésiculaires dépendent généralement de celles du testicule et correspondent à celles des lobes de la prostate. En d'autres termes, si l'une seulement des vésicules est malade, c'est celle qui correspond au testicule atteint; si les deux vésicules sont prises, la plus malade correspond au testicule qui est le plus atteint.

Il ne faut pas en conclure que la tuberculose des vésicules séminales doive forcément s'accompagner de celle des testicules. Nous l'avons déjà dit et nous le répétons ici : c'est là la règle, mais

elle est loin d'être absolue. Nous avons donné à l'appui le résultat de la statistique de Guelliot, statistique qui porte sur 59 cas de tuberculose vésiculaire et dans laquelle 31 fois le testicule était indemne. La réciproque cependant n'est pas vraie et nous avons vu combien, dans la tuberculose testiculaire, la coexistence de lésions vésiculaires était fréquente.

D'autre part, les lésions vésiculaires ne s'accompagnent pas nécessairement de lésions dans la prostate. Dans l'observation de MM. Baudet et Kendirdjy, la vésicule séminale droite était seule perceptible au toucher; la vésicule du côté opposé et la prostate étaient indemnes.

La portion terminale des canaux déférents est également prise. Elle est bosselée, dure et se confond généralement avec la vésicule correspondante. Très souvent les deux organes sont enveloppés dans une gangue fibreuse, formant ainsi une masse unique. Quelquefois cependant ils sont séparés l'un de l'autre par un sillon que le doigt distingue très nettement.



TRAITEMENT

Nous ne dirons que peu de choses de certains traitements usités dans la chirurgie générale des vésicules séminales, et qui pourraient à la rigueur trouver ici leur application. Nous voulons parler de la ponction et de l'incision.

1°) *Ponction*. — Cette ponction peut se faire par le rectum ou par le périnée.

La ponction est loin d'être une opération radicale. Tout au plus pourrait-on la réserver à des collections liquides (hydropisie, kystes, etc.).

C'est Cock qui, le premier, en 1850, fit la ponction de la vésicule par le rectum. Kocher la fit après lui, mais son malade mourut d'infection purulente. Llyod la pratiqua également, mais il donne la préférence à la voie périnéale : on introduit un doigt dans le rectum et, de l'autre main, on enfonce un bistouri étroit dans le périnée, en se guidant sur le doigt.

2°) *Incision*. — C'est Bilfeld qui, au dire de Fuller, l'aurait le premier pratiquée.

La voie périnéale est celle que l'on préfère dans la grande majorité des cas. Le tracé de l'incision

est le même que pour la spermatocystectomie, dont il nous faut parler maintenant.

Ces divers traitements n'ont pas encore été usités dans les cas de tuberculose des vésicules séminales. Nous croyons même qu'ils n'auront jamais qu'une application très restreinte. Il est possible que certains abcès tuberculeux viennent dans le rectum ou dans le périnée, et que leur ouverture au bistouri s'impose. Mais cette incision ne constitue jamais autre chose qu'un traitement d'attente, et comme elle n'est pas encore entrée dans le domaine pratique, nous la laissons systématiquement de côté.

Le seul traitement que nous envisageons ici, est celui qui consiste à extirper aussi complètement que possible les foyers malades. C'est en un mot, la vésiculectomie ou, plus correctement, la spermatocystectomie.

Mais, avant de décrire les différentes méthodes d'exérèse que l'on peut appliquer, voyons d'abord par quels différents procédés, par quelles voies on peut arriver sur les vésicules.

De nombreuses voies ont été suivies qui sont : la voie sacrée ; la voie para-sacrée, la voie inguinale, la voie périnéale.

I. *Voie sacrée.* — Elle a été suivie par Schedé et par M. Routier.

Le manuel opératoire n'a rien de spécial. Il n'est pas utile cependant de faire remonter très

haut la brèche osseuse, et Schede s'est contenté de réséquer simplement le coccyx.

Le temps délicat de l'opération consiste à réduire le rectum à droite ou à gauche pour découvrir les vésicules. Ce temps peut être rendu difficile dans les cas de péri-vésiculite avec adhérences multiples. Néanmoins Schede a pu, non seulement enlever les vésicules, mais extirper un abcès circonvoisin.

M. Routier n'a pas fait d'opération réglée. Les vésicules, perdues au milieu d'adhérences, enserraient le rectum et déterminaient de l'occlusion intestinale. Il a enlevé tous les produits en les désinsérant avec le doigt et l'instrument mousse.

Le malade a été guéri de son occlusion ; quant à celui de Schede, il était également guéri au bout de deux mois.

II. *Voie para-sacrée.* — Cette méthode consiste à pénétrer dans le bassin à l'aide de l'incision para-sacrée de Rydigier.

Elle n'a été suivie qu'une fois par Schede. Elle lui a permis d'enlever tous les tissus malades ; mais l'auteur ne nous donne pas le résultat de l'opération, pas plus d'ailleurs que les détails de la technique opératoire.

III. *Voie inguinale.* — C'est celle qui a été suivie par M. Villeneuve (de Marseille), et qu'il a com-

muniqué en ces termes au Congrès de Marseille de 1891 :

« J'ai fait avec succès l'extirpation totale des voies génitales, en pénétrant par le trajet inguinal, après avoir ouvert la vaginale et pratiqué l'épididymectomie. On tire sur le canal déférent, comme sur le ligament rond, dans l'opération d'Alexander, et en décollant le tissu cellulaire, on arrive sur la base de la prostate et de la vésicule. »

Une incision inguino-scrotale plus ou moins étendue donne accès dans la fosse iliaque. Après avoir isolé le canal déférent dans toute sa portion pariétale, on poursuit le décollement dans la fosse iliaque avec les doigts et on refoule les tissus circonvoisins jusqu'à ce que l'on soit arrivé sur les vésicules. La main les cueille derrière la prostate et les arrache.

Cette opération peut donner lieu à quelques accidents tels que : l'ouverture du péritoine, l'arrachement du canal déférent, accidents qui sont arrivés à Weir qui a dû renoncer à cette voie et terminer l'opération par le périnée.

IV. *Voie périnéale.* — Cette voie a été la plus communément suivie. Roux (de Lausanne), Gueliot (de Reims), Weir (de New-York), Baudet et Kendirdjy l'ont employée, mais leurs procédés varient légèrement. Nous allons en donner un aperçu en quelques mots.

Procédé de Guelliot. — Nous ne pouvons mieux faire que de citer textuellement la description même de l'auteur :

« 1°) Malade dans la position de la taille ; sonde dans l'urèthre.

2°) Incision prérectale curviligne, allant de l'ischion gauche à l'ischion droit ; du côté de la vésicule à enlever, on la prolonge en arrière en contournant l'anus jusqu'au raphé postérieur. Cette incision péri-rectale comprend ainsi les deux tiers au moins de la circonférence de l'anus. (Voir Fig. 2, in Presse médicale).

3°) Incision des tissus sous-jacents jusqu'à la graisse ischio-rectale ; l'urèthre est séparé du rectum par la section du raphé ano-bulbaire ;

4°) Le releveur de l'anus est mis à nu ; du côté à opérer, il est incisé largement à partir de son bord interne ; de l'autre côté on débride simplement en entamant ce bord ;

5°) Pour aborder les organes profonds, une grosse pince de Museur est appliquée sur le bord antérieur de l'anus : par son propre poids, elle suffit pour abaisser le rectum et le refouler en arrière ; une valve vaginale écarte en haut l'urèthre et le bulbe. Le doigt arrive facilement sur la prostaté et décolle sa face postérieure ;

6°) Une pince tire-balle ou à griffes saisit la prostate près de son bord antérieur et l'abaisse.

On peut, en effet, par une traction modérée faire descendre de plusieurs centimètres la prostate, les vésicules et le bas-fond vésical, ce qui facilite singulièrement les manœuvres ultérieures ;

7°) Avec la sonde cannelée ou les ciseaux, on déchire l'aponévrose sur la face postérieure de la prostate, puis, avec le doigt, on continue la dénudation et on sépare, facilement, quoi qu'on en ait dit, la prostate et les vésicules de la face antérieure du rectum. (Il est très important de bien séparer l'aponévrose et de la décoller de la face postérieure de la prostate ; sinon, on a de la tendance à s'égarer, à passer *en arrière* de l'aponévrose au lieu de passer *en avant* et il est alors impossible d'isoler la vésicule).

La vésicule malade est isolée en agissant prudemment, en dehors à cause du plexus veineux, au fond à cause du péritoine. L'index gauche, introduit dans le rectum, peut augmenter l'abaissement et même inverser la vésicule (voir Fig. 3 in Presse médicale).

8°) Mais il peut se faire que l'isolement de l'organe soit rendu difficile, et que son volume empêche de l'enlever d'une seule pièce. Il faut alors la *morceller* comme un utérus trop gros ou adhérent. Le col est sectionné au ras de la prostate ; une pince attire la vésicule, on incise au-dessus d'elle ; avant de détacher complètement le fragment, on saisit au-dessus le moignon avec

une seconde pince et on continue jusqu'à ce que tout l'organe soit enlevé (voir Fig. 4, loco-citato). Pour ce morcellement, le thermo-cautère est très utile parce qu'il expose moins aux hémorrhagies et aux inoculations septiques ou tuberculeuses ;

9°) Si une ligature profonde est difficile à faire, on laissera sur les vaisseaux qui saignent une ou deux pinces à demeure pendant vingt-quatre heures. Quelques points de suture profonds rétrécissent la plaie qui est bourrée de gaze iodoformée.

Cette intervention périnéale, continue M. Gueliot, expose à quelques accidents assez faciles à éviter : l'hémorrhagie (Ullmann), dont nous venons de parler ; la déchirure du rectum (Füller, Kelsey), observée dans des cas de péri-spermatocystite, les fistules urinaires (Ullmann, Weir), qui ne se produisent que quand, avec les vésicules, on a extirpé une partie de la prostate. Dans la même circonstance, il peut se produire une fistule spermatique, comme nous en avons cité une observation personnelle à propos du cancer. »

Procédé de Roux (de Lausanne). — Roux fait une incision antéro-postérieure de dix centimètres, à deux ou trois centimètres de la ligne médiane. Il sectionne le releveur dans toute sa longueur et arrive ainsi sur la prostate. L'index gauche introduit dans le rectum accroche à tra-

vers la paroi de l'intestin, la vésicule séminale et l'amène dans la plaie périnéale où on l'excise.

Roux a opéré, par ce procédé, deux malades avec un plein succès.

Procédé Baudet-Kendirdjy. — C'est la méthode préconisée par MM, Quénu et Baudet pour l'extirpation du rectum par la voie périnéale que les auteurs appliquent avec quelques modifications à l'extirpation des vésicules.

L'incision commence linéaire au-devant de l'anus et se continue latéralement.

On coupe ensuite la graisse de la fosse ischio-rectale et l'on repère la face inférieure du releveur.

On incise ce muscle dans sa partie moyenne en respectant ses faisceaux antérieurs et postérieurs.

On introduit l'index par cette boutonnière et on décolle les faisceaux antérieurs de leur aponevrose supérieure; puis, saisissant avec les doigts tout le raphé ano-scrotal, faisceaux musculaires compris, on l'incise près du bulbe que les doigts repoussent en avant et protègent, loin de l'anus que l'aide tire en arrière, et cela jusqu'aux faisceaux antérieurs du releveur. Si on les coupait, on risquerait de pénétrer dans le rectum, ce qu'il faut éviter.

On effondre ensuite le tissu cellulaire prérectal, en passant entre le bord interne des deux

releveurs dont les faisceaux antérieurs et l'aponévrose forment ce que MM. Quénu et Baudet appellent les *cloisons sagittales*. On pince l'une de ces cloisons située du côté malade et on la sectionne. Le rectum tiré en arrière et du côté opposé laisse apparaître le champ vésiculaire.

L'opération terminée on rencontre les plans périnéaux. On suture notamment les deux portions du releveur qui ont été sectionnées.

Voici en quels termes MM. Baudet et Kendirdjy, apprécient ces divers procédés :

« Des trois procédés opératoires, disent-ils, celui de Roux paraît le plus expéditif. Il permet à l'opérateur, d'esquiver le temps, toujours délicat, de la séparation uréthrale. Mais le jour qu'il donne est moins grand. Les vésicules restent cachées au fond de la plaie et pour les faire apparaître, il faut introduire le doigt dans l'anus au cours de l'opération et les accrocher à travers les parois rectales.

M. Guelliot, lui, incise dans un premier temps le raphé ano-urétral, après avoir placé pour plus de sécurité un catheter dans la vessie ; puis il sectionne le releveur dans sa totalité.

Dans le procédé que nous avons employé, nous arrivons au même résultat, mais en exécutant une manœuvre inverse. Nous croyons que cette façon d'opérer donne plus de sécurité et plus de régularité à la périnéotomie ».

Plus loin ils ajoutent : « Ce procédé nous paraît avoir sur les deux précédents quelques avantages. Il a l'avantage sur le procédé de Roux, de mieux voir le champ où l'on doit opérer, c'est-à-dire la région vésiculo-déférentielle; on évite enfin, défaut capital de toute opération aseptique, d'introduire les doigts dans le rectum.

Mieux que dans le procédé de Guelliot, il permet de couper en toute sécurité les attaches uréthrales du rectum et cela sans mettre un cathéter dans la vessie. En outre, la section plus méthodique peut-être des lames sagittales recto-prostatiques permet de les retrouver plus facilement à la fin de l'opération, de les rapprocher et de les suturer, de faire, en somme, une restauration périnéale très achevée. » (*Loco citato*).



EXÉRÈSE DES VÉSICULES

Nous venons de voir, en quelques mots, les méthodes générales qu'ont suivies les différents auteurs, pour arriver sur les vésicules.

Il nous reste à décrire les différents temps de l'opération, lorsqu'on se propose d'extirper une ou deux vésicules séminales. Ces temps sont au nombre de trois :

1° *Section du canal déférent.* — Nous avons vu que Roux accrochait les vésicules avec un doigt introduit dans le rectum.

Guelliot saisit la prostate avec une pince tire-balle ou à griffes, l'abaisse et avec elle tout le plan du bas-fond-vésical, y compris les vésicules.

Willems a remarqué, sur le cadavre, qu'en injectant une certaine quantité de liquide dans la vessie, les vésicules s'abaissent. Il recommande cette manœuvre sur le vivant.

MM. Baudet et Kendirdjy ont accroché avec le doigt l'anse que forme le canal déférent autour de la vésicule, et, après l'avoir décollé aussi haut que possible et sectionné, ils tirent sur lui pour abaisser l'aponévrose prostatopéritonéale et

surtout pour la fixer. Il ne faut pas faire de tractions violentes, car les vésicules ne cèdent qu'une fois que leur gaine aponévrotique a été ouverte.

2° *Décollement des vésicules.* — Ces organes bien engainés dans le dédoublement de l'aponévrose, ne se laissent pas isoler du rectum et des parois pelviennes. Il faudrait, pour cela, sectionner sur les bords de la vésicule, la lame prostatopéritonéale ; mais alors on risquerait d'ouvrir les vaisseaux si nombreux de la région, ce qui rendrait l'opération longue et difficile.

Il faut donc, comme le propose Guelliot et comme l'ont fait MM. Baudet et Kendirdjy, « déchirer avec la sonde cannelée ou les ciseaux l'aponévrose, sur la face postérieure de la prostate, puis avec les doigts, on continue la dénudation et l'on sépare facilement la prostate et les vésicules séminales de la face antérieure du rectum » (Guelliot, loco citato.).

La vésicule, une fois isolée, tient encore à la prostate par son col. On incise alors l'aponévrose de Denonvilliers le long du canal déférent, dans le triangle interdéférentiel. On saisit alors à pleines mains, canal déférent et vésicules qui ne tiennent plus qu'à la prostate. Il ne reste plus qu'à les trancher avec des ciseaux. MM. Baudet et Kendirdjy ont sectionné non pas en dehors du tissu prostatique, mais *en pleine glande*. Ils ont

fait ainsi une petite excision cunéiforme de la prostate. C'est ce que Schede avait fait également.

Puis on rapproche les deux lèvres de la perte de substance glandulaire et on les réunit au catgut.

3° *Reconstitution du périnée.* — Il s'agit de suturer entre eux les différents plans périnéaux.

On réunira la portion externe du releveur à ses attaches rectales. En prenant dans la suture l'aponévrose supérieure de ce muscle, on aura un plan beaucoup plus résistant. On a ainsi l'avantage, d'une part de fermer la loge prostatique, d'autre part de restituer au rectum des moyens de fixité et d'attache.

Disons ici que la suture du releveur est facilitée considérablement par la section nette du muscle, de beaucoup préférable à la déchirure avec les doigts qui aboutit à des dilacérations.

Le releveur étant reconstitué, on accole les deux lèvres de la fosse ischio-rectale béante par des points de suture, profonds et superficiels.

Le drainage de la plaie est subordonné au chirurgien. Si l'on craint l'asepsie de la plaie, on peut laisser un drain en avant de l'anus. Nous croyons qu'étant donné le voisinage de l'orifice intestinal, il est plus prudent de drainer, d'autant que cela n'empêche pas que la plaie se ferme assez rapidement.

MÉTHODES COMPLEXES

Nous n'avons envisagé jusqu'ici que l'ablation de l'une ou des deux vésicules. Mais, la plupart du temps, l'on aura à agir sur le testicule, l'épididyme, et le canal déférent, qui présentent des lésions avancées.

Que faut-il faire dans ce cas ? Faut-il enrayer radicalement tous les foyers malades ? Faut-il, en un mot, faire l'ablation totale des voies génitales ?

Nous réservons une pareille discussion, nous contentant de dire que la plupart des auteurs y ont répondu par l'affirmative. Voyons comment ils y ont procédé.

Procédé de Villeneuve. — Villeneuve (de Marseille), nous l'avons vu, opère par la seule voie inguinale. Nous ne reviendrons pas sur sa technique opératoire qui a été décrite plus haut. Rappelons ici que Weir (de New-York), ne put mener à bonne fin une telle opération et qu'il dut la terminer par la voie périnéale.

Procédé de Roux, Guelliot, Schede. — Ces auteurs commencent leur opération par l'abdo-

men, enlèvent ce qu'ils peuvent du canal déférent et terminent par la voie périnéale ou la voie sacrée.

Procédé de Baudet, Kendirdjy. — Ces auteurs commencent par la voie périnéale et terminent par la voie inguino-scrotale.

« Mieux vaut, disent-ils, commencer par l'opération la plus longue, celle qui exige une asepsie plus surveillée. C'est pour cela que nous avons fait de la périnéotomie le premier temps de notre intervention.

Du reste, deux faits nous ont frappés. C'est que, si par la voie inguinale, on peut décoller le canal déférent aussi loin que l'on veut, il est difficile de le lier au-delà du bord supérieur du petit bassin, et mieux vaut le lier pour fermer sa lumière et prévenir une infection possible.

On laissera donc dans le ventre un long segment que l'on aura toute les peines du monde à enlever par le périnée. Si l'on sectionne, au contraire, le canal par le périnée après ligature du bout périphérique, il sera facile dès lors d'enlever tout ce premier segment par l'abdomen. C'est ce que l'expérience cadavérique et opératoire démontre.

En outre, en sectionnant en premier lieu le conduit déférent par l'abdomen, on peut couper l'artère qui l'accompagne. Il sera à peu près impossible de la lier, pénible même de mettre

une pince sur elle. Par la périnéotomie préalable. au contraire, on peut lier cette artère à son origine, si on la coupe ».

Ces raisons nous satisfont pleinement et pour notre part, nous nous rallions en tous points aux conclusions de ces auteurs.



RÉSULTATS OPÉRATOIRES

Un mot pour terminer sur le résultat de pareilles interventions dont le nombre est encore restreint. Nous ne parlons que des résultats immédiats, les résultats définitifs n'ayant pas encore été publiés.

Toutes ces opérations se sont terminées par la guérison immédiate. Mais elles ont été suivies de quelques accidents.

Quelques mois après l'intervention, le malade de Guelliot a eu une poussée de tuberculose qui l'a enlevé.

Le deuxième opéré de Roux a eu une poussée cérébrale, due très probablement à une injection intempestive de tuberculine. Il a d'ailleurs survécu à ces accidents.

D'autres opérateurs ont eu des accidents locaux : une fistule urinaire, une hémorrhagie abondante chez le malade d'Ullmann, accidents qui du reste n'ont pas persisté.

Cette opération, on le voit, ne présente pas une grande gravité. Elle mérite d'être tentée quand il existe des lésions très avancées des vésicules et que les lésions ne paraissent avoir aucune tendance à rétrocéder.

OBSERVATION I

Vésiculectomie. — Guérison (Villeneuve. Congrès de Marseille, 1891. Septembre) (1).

J'ai fait avec succès l'extirpation totale des voies génitales en pénétrant par le trajet inguinal, après avoir ouvert la vaginale et pratiqué l'épididymectomie. On tire sur le canal déférent, comme sur le ligament rond, dans l'opération d'Alexander et en décollant le tissu cellulaire, on arrive jusque sur la base de la prostate et de la vésicule.

OBSERVATION II

Vésiculectomie double. — Castration. — Guérison (Schede. Soc. méd. de Hambourg, 9 janvier 1898) (2).

L'auteur présente deux vésicules séminales qu'il a enlevées par la voie sacrée. On avait fait la castration qui n'avait pu enlever tout le mal.

Après résection du coccyx, Schede repousse le rectum sur le côté et arrive jusque derrière la prostate : les vésicules sont entourées d'un abcès à parois fongueuses. On les enlève.

Le malade est guéri au bout de deux mois.

(1) Nous ne croyons pas que M. Villeneuve ait publié l'observation de son malade. Nous avons dû nous contenter de sa communication au Congrès de Marseille.

(2) Il nous a été impossible, malgré de nombreuses recherches de trouver un périodique quelconque relatant tout au long cette observation et celle qui suit :

OBSERVATION III

Vésiculectomie. -- Castration. — Guérison (Schede Ibid).

Dans un deuxième cas de tuberculose de l'épididyme et du cordon consécutive à un traumatisme, Schede put enlever tous les tissus malades en pénétrant dans le bassin à l'aide de l'incision parasacrée du Rydigiei.

OBSERVATION IV

Extirpation des vésicules séminales tuberculeuses
(Ullmann. Centralblatt. In Chirurgie, 1890. Février, p. 137).

E. K..., âgé de 17 ans, entre à la clinique du professeur Albert, à Vienne, pour une tuberculose de l'épididyme droit.

L'épididyme était enflé depuis quelques mois. Au toucher rectal, on sentait la vésicule séminale droite, qui avait plus que doublé de volume et était dure. A la vésicule gauche, rien d'anormal.

Il n'y avait pas trace de tuberculose pulmonaire : on entendait partout le murmure vésiculaire.

L'instinct génésique n'était pas encore développé chez le malade qui n'avait ni érection, ni éjaculation. De temps en temps, il ressentait quelques légères douleurs à l'anus.

Le 17 juin 1889 nous pratiquons une castration droite. Le canal déférent était quelque peu infiltré de noyaux tuberculeux.

Le malade, même après la guérison de sa plaie, a été gardé à la clinique et mis en observation.

Peu de temps après, ayant constaté une recrudescence du

processus tuberculeux, je me décide à pratiquer l'extirpation de la vésicule séminale :

Je fais une incision demi-circulaire, placée entre l'anus et la base du scrotum et ayant sa base tournée vers le coccyx. L'un des aides ayant pour plus de sûreté introduit son doigt dans le rectum, je sectionne dans le tracé même de l'incision tous les tissus jusqu'au raphé périnéal.

Après la section des faisceaux du releveur qui viennent du pubis et l'hémostase complète de la région, la prostate était complètement mise à nu.

Nous faisons alors récliner le rectum en arrière, puis introduisant un cathéter dans la vessie, nous cherchons à faire saillir la paroi postérieure de cet organe. Grâce à cette manœuvre, les canaux déférents et les vésicules séminales étaient en vue et facilement abordables.

La vésicule séminale droite est très grosse : sa partie inférieure ramollie et sa queue infiltrée. Le canal déférent du même côté est également infiltré. La vésicule gauche enfin, était elle aussi grosse et dure.

Toutes ces parties ont été isolées et extirpées non sans peine. Quant au canal déférent gauche, il a été laissé en place.

Dans l'angle supéro-droit de la prostate il y avait un petit abcès gros à peine comme un pois, et pour lequel cette partie de la glande a été enlevée.

Un drain a été placé au fond de la plaie en prévision de l'hémorrhagie, puis la plaie a été fermée par des sutures étagées.

Le soir, il y a eu une hémorrhagie abondante qui a nécessité l'ouverture de la plaie et un assez fort tamponnement à la gaze iodoformée.

Suites. — Dans la suite, l'urine a coulé par la plaie (probablement par le canal éjaculateur droit qu'un instrument avait intéressé).

Le malade s'est complètement rétabli. La plaie périnéale s'est fermée, mais il existe encore une petite fistule. L'urine sort par le méat.

Dans ces derniers temps le malade a eu deux érections. L'examen microscopique des parties enlevées a montré de riches colonies de bacilles de Koch.

OBSERVATION V

Excision de la vésicule séminale et du canal déférent en totalité, en cas de castration pour tuberculose primaire. Dr Roux (de Lausanne).

Congrès français de chirurgie. Paris, 1891.

Il s'agit d'un charpentier fort et robuste, âgé de 44 ans, sans tare héréditaire, porteur d'une tumeur grosse comme une pomme, fluctuante, etc.; dans la moitié gauche du scrotum, contours réniformes, infiltration du *vos deferens* tout juste jusque dans le canal inguinal, avec augmentation de volume considérable de la glande séminale correspondante, qui était bosselée, lobulée, légèrement douloureuse à la pression, tandis que l'autre, de dimensions beaucoup moindres, quoique supérieure à la normale était indolore et rappelait mieux les contours ordinaires de cet organe. Intégrité manifeste du reste de l'appareil génito-urinaire. Je fis le 20 mars 1890, l'excision de la vésicule séminale, du conduit spermatique en totalité avec la castration du même côté, de la manière suivante : Je fais d'abord la castration ordinaire, en ayant soin d'enlever

toute la peau infiltrée et de conduire le bistouri en dehors du foyer tuberculeux, comme pour une tumeur maligne : puis au lieu de sectionner le cordon tout entier à l'entrée du canal inguinal, j'en sépare le *vos deferens*, sur lequel j'opère de douces tractions en refoulant l'atmosphère conjonctive et vasculaire avec une fine éponge, comme dans le raccourcissement des ligaments ronds de la femme. Tout le paquet vasculaire lié et sectionné, je parviens sans aucune peine à libérer ainsi le canal déférent sur une longueur de 6 à 7 centimètres. Je le sectionne alors en biais pour contrôler plus tard si j'ai réellement enlevé ce conduit en totalité, puis je termine cette première partie de l'opération en plaçant ma suture-pansement, légèrement modifiée en ce sens que j'affronte les bords de la peau par un surjet et reviens sur mes pas dans un surjet profond comprenant cette fois une bandelette de gaze iodoformée appiquée sur la première ligne et voilà tout.

Le malade est ensuite placé dans la position de la taille périnéale et maintenu dans une immobilité absolue par mon appareil gynécologique qui vous présente le périnée comme un pupitre.

Une incision d'environ 10 centimètres, à 2 ou 3 centimètres de la ligne médiane, analogue à la section pararectale de Wolfler, mais atteignant toujours juste en arrière le niveau du coccyx, permet d'arriver très rapidement sur la prostate et la face antéro-latérale du rectum dès qu'on a sectionné les fibres antérieures (seules intéressées) du releveur de l'anus, celles qui forment en avant l'étrier d'entrecroisement, mêlé aux fibres du sphincter extrême de l'anus.

L'index gauche introduit dans le rectum va accrocher la vésicule séminale qu'il amène facilement dans le fond de

la plaie, où on la saisit dans une anse de fil. Une fois qu'on la tient de cette façon on refoule avec le doigt au fond de la plaie, sans difficulté aucune, tous les tractus conjonctifs qui la fixent en haut soit du côté de la vessie, soit en arrière et de côté, et on attire enfin avec une extrême facilité le reste du canal déférent, qui présente la tranche oblique faite dans le canal inguinal. On tient maintenant la vésicule par son extrémité supérieure; le col est sectionné au ras de la prostate et je place alors des points au catgut sur la muqueuse, puis sur la musculaire, et enfin une dernière suture attire sur le tout les tissus voisins.

Ces trois plans de sutures analogues à ceux que je fais dans la résection « à froid », de l'appendice vermiculaire, sont probablement inutiles, car il doit y avoir peu de tendance à la formation d'une fistule urinaire. Toutefois c'est une précaution que je conserverai, puisqu'elle m'a réussi. Une longue et étroite bandelette de gaze iodoformée draine le fond de la plaie et sort entre les points de notre suture-pansement.

On l'enlève après vingt-quatre heures, sans toucher au pansement, qui reste jusqu'à la guérison. Le malade est sondé pendant deux ou trois jours.

La vésicule séminale, remplie de petits noyaux caséux et suppurés, était le double de celle du côté opposé dont on avait, en l'attirant aussi dans la plaie, pu contrôler l'intégrité.

Ce malade guéri par première intention, est resté indemne depuis plus d'une année : c'est cela seul qui m'a autorisé à vous faire cette communication dont l'objet était avant tout de démontrer la possibilité et l'utilité de l'excision totale du canal déférent et de la vésicule séminale.

OBSERVATION VI

Excision de la vésicule séminale et du canal déférent en totalité, en cas de castration pour tuberculose primaire. Dr Roux [de Lausanne (ibid)].

(Congrès français de chirurgie. Paris, 1891).

Il s'agit d'un malade robuste âgé de 50 ans, comme le premier indemne au point de vue héréditaire et vénérien ; mais tandis que l'autre accuse la grippe d'avoir été la cause manifeste de son affection, vieille de six semaines et développée tôt après l'influenza, celui-ci ne connaît pas de raison pour expliquer le début de son mal qui remonte à trois mois et demi.

C'est le testicule droit qui est atteint. La tumeur est grosse comme un œuf d'oie, également adhérente à la peau rougie, fluctuante aussi : le conduit spermatique épaissi qui aborde la masse épидидymaire par derrière, conserve son infiltration plus haut que le canal inguinal.

La vésicule séminale gauche est normale ; la droite très épaissie, présente des bosselures irrégulières qui semblent la prolonger du double et se laissent poursuivre au-delà de l'accellement avec le rectum.

Le toucher bi-manuel fait même reconnaître que le cordon spermatique, dans sa portion abdominale, n'est pas libre.

Je fis le 2 février 1891, l'excision de la vésicule séminale, du conduit spermatique en totalité, avec la castration du même côté (ici l'auteur décrit le même procédé que précédemment), puis il ajoute : le malade avait en outre de la tuberculose dans la glande elle-même, plusieurs abcès en

chapelet irrégulier autour du canal déférent, au-dessus de la vésicule séminale, abcès que nous avons pris, dans leur confluence, pour des lobules de la glande prolongée. Ces abcès furent excisés avec leur capsule, mais l'un d'eux creva et nous eûmes quelque peine à enlever ses parois. La mèche de drainage fut laissée en place deux jours. Nous eûmes plus tard la malheureuse idée de proposer à notre malade les inoculations de Koch : alors même que tout marchait à souhait et que notre opéré semblait guéri, nous avions quelques scrupules du fait que la plaie avait été souillée de pus tuberculeux. Opération le 2 février dernier : le 6, réunion par première intention ; le 15, petite fistule à l'entrée du canal inguinal ; le 19, inoculation de 3 milligrammes. Maux d'estomac, étourdissements, douleurs dans la jambe droite ; température 38°, le soir ; le lendemain à 5 heures 1/2 du soir, Aphasie totale ; hémiplegie droite, incontinence d'urine.

S'agit-il d'une simple coïncidence et d'une apoplexie vulgaire ? Ou bien avons nous eu la fameuse réaction locale, dans un semis latent de tuberculose méningée à la convexité et sur l'insula ?

Nous ne saurions répondre.

Après avoir passé par le gâtisme le plus complet, notre opéré va mieux : il commence à parler, à mouvoir bras et jambes. Pour ma part j'aimerais mieux pour lui que la lympe seule soit coupable. Je conserverai l'espoir d'une guérison prochaine, mais l'on ne m'y prendrait plus la seringue en mains.

OBSERVATION VII

Castration double et extirpation complète des vésicules séminales et des canaux déférents pour tuberculose

(Robert Weer., Medical Record, n° 6, vol. 46, p. 163.).

Ferdinand R..., âgé de 28 ans, est admis à New-York Hôpital le 19 octobre 1892.

Il avait eu, dans son enfance, et à son dire, une « inflammation des poumons ».

De 14 à 16 ans, les ganglions du cou augmentèrent de volume, mais aucun d'eux ne suppura.

Il y a quatre ans, il a eu une blennorrhagie qui a duré six mois ; il y a trois ans, deuxième blennorrhagie. Depuis lors il a gardé un léger écoulement intermittent.

Il y a six mois, son testicule gauche enfla et devint gros comme une orange. Il était très douloureux. Grâce à des applications de glace et de compresses froides, et le repos aidant, ce testicule diminua de moitié et a persisté dans cet état jusqu'aujourd'hui.

Il eut alors une grande irritabilité vésicale, avec besoin impérieux d'uriner toutes les cinq minutes ; à la fin de chaque miction, il voyait sourdre par le méat quelques gouttes de sang.

Deux mois après (il y a donc quatre mois), le testicule droit fut pris de la même manière, et depuis trois mois les deux glandes ont les mêmes dimensions. Depuis deux mois, l'irritabilité vésicale est moindre et le malade n'est forcé d'uriner que toutes les heures.

L'état général est très bon. Aucun antécédent tuberculeux dans la famille.

Le jour de son entrée, l'urine est jaune, acide, marquant 100/0 d'urée avec traces d'albumine et de sang.

Examen : Des deux côtés, l'épididyme est enflé, les globus MAJOR et MINOR sont augmentés de volume et réunis par une masse dure. La pression est douloureuse. La peau est intacte.

Les canaux déférents sont gros, plus à droite qu'à gauche.

La vésicule séminale droite est très augmentée de volume; on sent également un noyau dans le lobe correspondant de la prostate.

On trouvait des bacilles de Koch dans l'urine, mais à chaque fois seulement que par le rectum, on exerçait une pression sur la prostate.

La vésicule séminale et la prostate étaient ainsi considérées comme les foyers de la maladie et dans l'espoir que, ces organes étant enlevés, la vessie serait à l'abri d'une invasion permanente de microbes, nous proposons et pratiquons une opération radicale.

Le malade est endormi à l'éther. Nous faisons à droite une incision allant depuis la partie inférieure du scrotum jusqu'au-dessus de l'anneau inguinal. Le canal inguinal est ouvert, le testicule et le canal déférent mis à nus et séparés des autres éléments du cordon jusqu'à l'orifice inguinal interne.

Le testicule est ramolli par endroits et çà et là on voyait de multiples cavités pleines de pus. Le canal déférent paraissait indemne.

On met une ligature sur les vaisseaux du cordon et on le sectionne aussi haut que possible. Ici, par mégarde, le péritoine a été ouvert sur une étendue de près d'un centi-

mètre; la déchirure est cernée par un surjet. Cet incident est dû aux tentatives du décollement du péritoine de la face externe de la vessie, dans la poursuite du canal déférent.

A gauche, nous faisons la même incision qu'à droite. Nous lions et sectionnons les vaisseaux aussi haut que possible.

Ainsi de chaque côté, le testicule était libre et suspendu à son déférent.

Puis, nous plaçons le malade dans la position de la taille, afin de pratiquer l'opération de Roux :

Nous faisons alors une incision curviligne qui partant de l'un des côtés de l'anus, contourne cet orifice en avant pour rejoindre le côté opposé au même point. Nous sectionnons le tissu dans le tracé même de notre incision, jusqu'à ce que la prostate et la paroi vésicale aient été mis à nus. Nous sectionnons transversalement la forte aponévrose qui relie les vésicules à la vessie, ce qui donne accès sur l'ampoule du canal déférent et la vésicule séminale.

Nous disséquons alors la vésicule droite que nous séparons ainsi de la vessie. Nous l'extirpons ainsi que la portion malade de la prostate, puis la vésicule du côté opposé.

Par les plaies scrotales, nous enlevons les testicules et la totalité des deux canaux déférents.

Nous suturons alors les lèvres de l'aponévrose du grand oblique, par dessus une mèche de gaze iodoformée. Puis, nous fermons les plaies au catgut également.

La plaie périnéale est tamponnée avec de la gaze iodoformée et fermée avec quatre points de suture, deux de chaque côté de l'anus. Pansement humide. Le malade se réveille dans de très bonnes conditions.

Suites opératoires : Pendant les quatre premières se-

maines, la miction s'est faite normalement et les bacilles avaient disparu des urines, mais cette amélioration était due à un trajet fistuleux qui partant du périnée, allait à la prostate et qui persista pendant sept semaines.

Puis, l'irritabilité vésicale recommença : le malade était soulagé par des injections de glycérine iodoformée à 10 pour 100.

Sept semaines après l'opération, les trois plaies étaient complètement cicatrisées. Depuis, j'ai perdu le malade de vue.

OBSERVATION VIII

Spermatocystectomy droite. Castration. Guérison
(Guelliot. Presse médicale 1898, n° 33)

Cette observation remonte au 17 juillet 1895. Le sujet est un maçon de 20 ans, sans antécédents héréditaires.

En 1894, poussée aigüe d'épididymite gauche, laissant après elle un noyau au niveau de la queue.

Quelques jours avant l'entrée à l'hôpital (1895), invasion brusque de l'épididyme droit et formation d'un abcès qui est ouvert en arrière du scrotum. L'épididyme est volumineux et dur ; le testicule lui-même est gonflé. Le lobe droit de la prostate est un peu gros ; la vésicule correspondante est dure et augmentée de volume. A cause de la marche rapide de la tuberculose, de son unilatéralité, de l'intégrité des autres organes, je me crois autorisé à tenter une extirpation totale.

Le testicule est enlevé avec toute la portion scrotale et inguinale du canal déférent. Puis, je fais une large incision pré-rectale prolongée à droite jusqu'en arrière de l'anus.

Après incision du releveur de l'anus et déchirure avec le doigt des tissus profonds, je fais basculer la vésicule que j'isole ; je lie le pédicule au ras de la prostate et je résèque la vésicule. Drain à droite de la prostate : gaze iodoformée. Deux sutures.

Les jours suivants : la température ne dépasse pas 37°. La plaie périnéale se ferme assez vite, plus vite que la plaie scrotale, qui suppure en un point où la peau était amincie.

En novembre 1895, ce jeune homme quitte Reims pour retourner dans son pays.

Au toucher rectal, on sent à la corne droite de la prostate, un noyau dur correspondant à la section de la vésicule. En mars 1896, huit mois après l'opération, la guérison se maintenait.

OBSERVATION IX

Spermatocystectomy droite. Castration du même côté.

Epididymotomy et curettage à gauche.

Prothèse testiculaire. Mort. (Guelliot, ibid.).

Un charretier de 34 ans entre à l'Hôtel-Dieu de Reims, le 10 Octobre 1896, pour une tuberculose génitale.

A droite, épидидyme volumineux et bosselé ; testicule augmenté de volume, mais régulier ; vésicule correspondante volumineuse et faisant saillie dans le rectum.

A gauche, noyaux multiples dans l'épiderme. Les organes profonds paraissent sains.

Malgré le traitement général, les lésions s'accroissent et le 4 Novembre 1896, je pratique, en une seule séance, les opérations suivantes :

1^o Castration à droite;

2^o Epididymotomie et curettage des foyers à gauche;

3^o Spermatoecyslectomie droite par la même incision que dans l'observation précédente (incision prérectale prolongée, à droite, jusqu'en arrière de l'anus), mais ablation de la vésicule par morcellement.

4^o Prothèse testiculaire.

Le tout a duré une heure trois quarts. On a laissé deux pinces à demeure qui sont enlevées le lendemain. Il persiste une petite fistule périnéale.

Le 28 janvier 1897, l'opéré meurt rapidement d'une tuberculose pulmonaire aiguë, deux mois et demi après l'opération.

Autopsie. — L'autopsie était particulièrement intéressante, puisqu'elle permettait de se rendre compte du résultat de l'intervention :

La vésicule gauche est élargie, molle, lisse et remplie de matière caséeuse; la même matière se trouvait dans une bosselure du canal déférent; enfin, toujours à gauche, un petit noyau prostatique.

A droite, il n'y a plus trace de la vésicule qui est remplacée par un tissu fibreux.

Le canal déférent est nettement coupé à quatre centimètres de la prostate; mais au-dessus de la section, il est renflé et renferme deux noyaux tuberculeux.

Le tissu fibreux relie le moignon du canal déférent à la prostate et adhère à la vessie.

L'uretère droit s'abouche près de la section du canal déférent, mais n'est pas englobé dans la cicatrice, En dehors de la masse fibreuse, deux veines noirâtres contiennent des caillots et un phlébolithe. De ce côté il existe aussi dans la

prostate, et près de son extrémité antérieure, un petit noyau tuberculeux auquel aboutit la fistule périnéale.

OBSERVATION X

*Tuberculose du testicule, de l'épididyme, du canal déférent
et de la vésicule séminale du côté droit.*

Ablation totale. Guérison.

(Baudet et Kendirdjy, *Gaz. des Hôpitaux*, 15 oct. 1898, n° 118. Revue Générale).

N...., Julien, 17 ans, papetier.

Antécédents héréditaires. — Père et mère morts de tuberculose pulmonaire.

Antécédents personnels. — Rougeole à 5 ans; attaque de rhumatisme articulaire aigu à 13 ans. Pas de blennorrhagie ni de syphilis.

Le 15 juin 1898, il entre à l'hôpital Ricord, une première fois dans le service de M. le Dr Queyrat, salle 8, lit n° 13.

Le testicule droit avait grossi depuis trois semaines. Le scrotum était rouge et chaud, la pression de la glande douloureuse. Il n'y avait pas de douleur spontanée. On constate à l'examen que le testicule est volumineux mais non bosselé.

La tête de l'épididyme est grosse, irrégulière, dure, douloureuse. La tuméfaction s'étend jusque vers la queue en s'effilant.

Au niveau du cordon, le canal déférent est augmenté de volume.

Léger épanchement dans la vaginale.

Les organes du côté gauche sont sains.

Le toucher rectal permet de sentir une prostate un peu

bosselée et une vésicule droite, grosse comme une petite noix, mais un peu allongée. Elle est dure, bosselée, bien délimitable des parties voisines. Elle est séparée par un sillon de la partie terminale du canal déférent qui est gros et moniliforme, sur une étendue assez considérable, aussi haut que le doigt peut l'atteindre. La pression dans tous les points est peu douloureuse.

Il n'existe pas trace d'écoulement uréthral et le malade déclare, du reste, qu'il n'a jamais eu le moindre suintement.

L'examen des viscères reste négatif. La température est un peu élevée : $38^{\circ}4$ le soir. Les phénomènes restant stationnaires, la douleur étant à peu près nulle, le malade quitte l'hôpital le 6 Juillet.

Le 18 Juillet 1898, il revient à l'hôpital Ricord et entre dans le service de M. le Dr Humbert, salle 4, lit n° 20.

Le scrotum, rouge et tendu, adhère à la partie antérieure du testicule. La queue de l'épididyme, indemne autrefois, est grosse et bosselée : il existe là un abcès qui menace de s'ouvrir.

Au toucher rectal la vésicule droite et l'extrémité terminale du canal déférent sont plus grosses qu'auparavant, le sillon qui les séparait a disparu.

Pas de douleur très vive en aucun point, pas d'écoulement uréthral, pas de troubles fonctionnels.

Le malade est pâle, mais ne présente pas de lésions pulmonaires ou ganglionnaires appréciables.

Opération le 23 Juillet 1898. — Anesthésie chloroformique. — Durée de l'opération une heure et demie :

Le malade est placé dans le décubitus dorsal. On trace une incision semi-elliptique, contournant l'anus à droite ; elle dépasse la ligne médiane en avant.

On incise tout le tissu cellulaire et l'on fend la graisse ischio-rectale à droite. On tombe sur les faisceaux moyens du releveur que l'on sectionne. Du côté gauche, on opère les mêmes faisceaux en disséquant un peu les tissus qui les recouvrent et on les saisit entre les doigts, le pouce gauche placé sous la boutonnière musculaire droite, les doigts protégeant le bulbe; l'aide tire sur le rectum.

On sectionne alors tous les tissus pré-rectaux jusqu'à ce qu'on arrive sur les faisceaux antérieurs.

Cela fait, on effondre avec le doigt dirigé en haut et en avant, le tissu cellulaire de l'espace pré-rectal compris entre les deux releveurs et on fait successivement apparaître la prostate, les deux vésicules et le cul-de-sac péritonéal. La vésicule droite est volumineuse et indurée. On sectionne alors les faisceaux antérieurs du releveur droit, son aponévrose supérieure et les vaisseaux hémorrhoidaux moyens (lame sagittale recto-prostatique); puis on pratique l'hémostase des vaisseaux qui ont échappé à la forci-
pression préventive.

Nous passons alors le doigt dans la courbe du canal déférent et, remontant assez haut sur la paroi pelvienne, nous le ramenons vers nous. Nous plaçons sur lui une forte soie et nous le sectionnons au-dessous. Puis, saisissant son bout central dans la main, nous fixons ainsi la vésicule et l'aponévrose: nous fendons la lame vésiculaire sur sa face postérieure et nous introduisons le doigt pour décoller la vésicule de sa capsule.

Nous sectionnons l'espace inter-déférentiel le long du canal déférent droit, pénétrons dans la prostate et coupons le canal et le col de la vésicule dans l'intérieur de la glande. Il existe là un petit foyer caséux que nous évacuons.

Nous pratiquons un léger tamponnement et fermons la section prostatique par un surjet à la soie fine.

Nous recherchons le bord interne du releveur droit et de son aponévrose et nous les suturons par cinq fils de soie à leurs insections rectales. Nous fermons la plaie périnéale par des sutures superficielles et profondes à la soie : un petit drain est placé en avant du rectum.

Ce premier temps de notre opération terminé, nous pratiquons séance tenante la castration du testicule droit. Nous ouvrons le canal inguinal et allons à la recherche du canal déférent que nous isolons rapidement et ramenons à nous avec le fil placé à son extrémité (pelvienne) sectionnée.

Nous plaçons une ligature en chaîne sur le cordon et enlevons tout l'organe génital avec un morceau de la peau scrotale à cause de l'abcès qui faisait saillie à ce niveau. Nous refermons la plaie inguinale par un seul plan de sutures qui prend à la fois l'aponévrose du grand oblique et les deux muscles petit oblique et transverse. Puis nous fermons la peau de l'aîne et des bourses.

Suites opératoires. — Malgré l'extrait thébaïque, le malade a une première selle le 25, puis tous les jours suivants, il fait dans son pansement. Aussi le 26, la plaie qui était en parfait état, se désunit un peu au niveau du creux ischio-rectal. Le 16 août, la réunion est achevée.

Le lendemain de son opération, le malade a laissé couler du sperme par l'urèthre. Cet accident ne s'est pas reproduit. Pendant quatre jours, on a été obligé de le sonder.

16 août. — Le malade a engraisé ; les deux plaies sont réunies. Le toucher rectal ne montre rien de particulier et ne provoque aucune douleur.

Examen des pièces. — Le testicule est gros, anémié, mais sain à la coupe.

L'épididyme est farci de foyers caséux; il présente un abcès au niveau de la queue.

Le canal déférent a une longueur de 31 centim., dont 23 pour la portion testiculaire et 8 pour la portion vésiculaire. Il est renflé en deux points : à son extrémité terminale, il est gros comme le pouce et farci de points caséux et de granulations jaunes.

La vésicule présente le même volume. Elle est également remplie de foyers caséux.



CONCLUSIONS

I. La tuberculose des vésicules séminales est extrêmement fréquente au cours de la tuberculose du testicule.

II. Elle joue, avec celle de la prostate et du canal déférent un certain rôle dans la pathogénie de la tuberculose testiculaire. L'une des théories pathogéniques est même exclusivement basée là-dessus.

III. Tantôt la tuberculose des vésicules séminales coïncide avec des lésions de même nature du testicule, tantôt elle en est indépendante et ce dernier cas est plus fréquent qu'on ne le croit généralement.

IV. Dans l'orchite tuberculeuse, ou tuberculose aiguë du testicule, les lésions vésiculo-prostato-déférentielles sont moins fréquentes que dans la forme chronique. Elles apportent un gros appoint au diagnostic, qui, presque toujours, n'est établi que par l'évolution de la maladie.

V. Dans la forme chronique, commune au contraire, les lésions vésiculo-prostatiques sont extrêmement fréquentes, et même, dans certaines

séries d'observations, on les constate d'une manière constante.

VI. D'une façon générale, la vésicule séminale malade correspond au testicule atteint de tuberculose ; lorsque les deux testicules sont pris, la vésicule la plus malade est celle qui correspond au testicule le plus atteint.

VII. Les lésions vésiculaires n'aggravent pas le pronostic de la tuberculose épидидymo-testiculaire, car, en règle générale, ou bien elles ont une évolution extrêmement lente, presque stationnaire, ou bien elles suppurent rapidement, mais se réparent presque aussi vite.

VIII. L'extirpation des vésicules séminales par la voie périnéale est le traitement de choix. Le procédé opératoire qui convient le mieux est celui que nous avons vu appliquer par MM. Baudet et Kendirdjy.

IX. Lorsque le testicule est malade, il faut, ou bien le curetter, ou bien l'enlever. Mais quoi que l'on fasse, il faut extirper tout le canal déférent en même temps que la vésicule. Il vaut mieux, selon nous, opérer en une seule séance. Dans un premier temps, on enlèvera la vésicule par la voie périnéale ; dans le deuxième, ce qui reste du canal déférent par la voie inguinale.

X. Ces opérations, rares encore, ont toujours été suivies de guérison.



BIBLIOGRAPHIE

P. RECLUS. — Du tubercule du testicule et de l'orchite tub.
Thèse inaug. Paris, 1846.

— Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, 1888.

— Traité de chirurgie. Duplay-Reclus, T. VIII.

BÉRAUD. — Thèse d'agrégation, 1857.

DELFAU. — Etude sur les tubercules de la prostate. Th. Paris, 1874.

THOMPSON. — Leçons cliniques et Traité pratique des maladies des voies urinaires. Traduction française, 1874.

VERNEUIL. — Société anatomique, 1853.

— Société de Chirurgie, 1871.

— Thèse d'Aubam, 1873.

A. RICHET. — Cliniques in thèse de Mougin, 1873.

— Anatomie topographique, édition 1877.

VIDAL DE CASSIS. — Traité de pathologie externe. Annales de la Chirurgie française, 1844.

MALASSEZ. — Arch. de physiol. norm. et pathol. 1876.

CAYLA. — De la tuberculisation des organes génito-urinaires.
Th. Paris, 1887.

HUTINEL et DESCHAMPS. — Archives gén. de méd., 1891 (Tub. du testicule chez l'enfant).

VERNEUIL. — Pathogénie de certaines tuberculoses médicales.
Gazette hebdomadaire de Médecine, 1883.

FERNET. — Société médicale des Hôpitaux, 1885.

FOSSARD. — De l'orchite tuberculeuse. Thèse Paris, 1855.

S. DUPLAY. — Tuberculisation galopante du testicule. Union médicale, 1860.

RICORD. — Bulletin de l'Académie de Médecine, 1852.

GUYON. — Journal de Chir. et de Médecine pratiques, 1873.

BARNIER. — Tubercules du testicule. Thèse Paris, 1873.

- VEDRINE. — De certains modes de début des tubercules du testicule. Thèse Paris. 1873.
- CRUVEILLIER. — Traité d'Anatomie pathol. générale, T. IV.
- GUELLIOT. — Des vésicules séminales. Thèse Paris, 1883.
- BROCA. — Société anatomique, 1854.
- Traité des Tumeurs.
- VERCHÈRE. — Thèse Paris, 1884.
- LANGEREAUX. — Tuberculose primitive des organes génitaux.
Annales des Maladies des organes génito-urinaires, 1883.
- NICLOT. — Tuberculose épididymaire expérimentale par voie déferentielle. Bulletin médical, 1898.
- ULLMANN. — Centralblatt für Chirurgie, 1890, p. 137.
- VILLENEUVE. — Congrès de Marseille, 1891.
- WEIR (Robert). — Medical Record, 1895.
- ROUX. — Congrès de Chirurgie, 1891.
- SCHÉDE. — Société médicale de Hambourg, 1898.
- BAUDET et KENDIRDJY. — Gazette des Hop., 15 octobre 1898.
- GUELLIOT. — Presse médicale, 20 avril 1898.
- QUÉNU et BAUDET. — Extirpation du rectum par la voie périnéale. Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale, octobre 1898.



Vu, le Doyen,
BROUARDEL

Vu par le Président de la Thèse,
TILL AUX

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD

